

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

POUR LE

N°

128

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Roger FORGET

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris.

Né le 3 mars 1909, à Paris (Seine).

**Contribution à l'étude des
Autoplasties Faciales
par greffon de cuir chevelu**

Président : M. GRÉGOIRE, Professeur.

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1939

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THESE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Roger FORGET

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris.

Né le 3 mars 1909, à Paris (Seine).

Contribution à l'étude des
Autoplasties Faciales
par greffon de cuir chevelu

Président : M. GRÉGOIRE, Professeur.

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1939

I. — PROFESSEURS

Anatomie	MM. ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI
Bactériologie	Robert LEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	LOEPEP.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
	LEREBoullet.
	NOBECOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance	H. CLAUDE.
Clinique des maladies des enfants	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GUILLAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	LEMIERRE.
Clinique des maladies du système nerveux	CUNEO.
Clinique des maladies infectieuses	GOSSET.
Clinique chirurgicale	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	Maurice VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance médico-sociale	N...
Professeurs sans chaire	HAZARD.
	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIÉ.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.	MM.
AMELINE Pathologie chirurgicale.	CHEVALLIER.. Pathologie médicale.
BARIÉTY Pathologie médicale.	COSTE Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri) Pathologie médicale.	DOGNON Physique.
BERNARD (Etienne) Pathologie médicale.	FEY Urologie.
BEZANÇON	FUNCK Pathologie chirurgicale.
(Justin) Hydrologie.	GALLIARD Parasitologie.
BOULIN Pathologie médicale.	GASTINEL Bactériologie.
BULLIARD ... Histologie.	DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
CATHALA Pathologie médicale.	

II. — AGREGES EN EXERCICE (Suite).

MM.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES .. Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HUGUENIN ... Anatomie pathologique
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL.. Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LEVY . Pharmacologie.

MM.
 LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MENEGAUX ... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET ... Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgicale.
 PIEDELIEVRE.. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHEL Physiologie.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.
 ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.
 GUENIOT Obstétrique.
 HEITZ-BOYER . Pathologie chirurgicale.

MM.
 LARDENNOIS . Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER ... Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 SCHWARTZ ... Pathologie chirurgicale.
 VAUDESCAL .. Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

MM.
 ALAJOUANINE.
 AUBERTIN.
 BRULE.
 CHABROL.
 DONZELOT.
 DUVOIR.
 LIAN.
 PASTEUR-VAL.
 LERY-RADOT.
 SEZARY. } Clinique médicale.

MM.
 BASSET.
 BROCC.
 CADENAT.
 GATELLIER.
 MOURE.
 QUENU.
 VELTER. } Clinique chirurgicale

MM.
 ECALLE. } Clinique obstétricale.
 METZGER.

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

En faible témoignage de ma reconnaissance et de son dévouement.

A MA FEMME

AUX MIENS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GREGOIRE

Professeur de Clinique Chirurgicale.
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Antoine.

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse ce dont nous le remercions respectueusement.

A NOTRE MAÎTRE,

MONSIEUR LE DOCTEUR MOURE

Professeur Agrégé.

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis.

*Qui nous a inspiré cette thèse et guidé
de son autorité bienveillante.*

*En témoignage de notre gratitude et de
notre profond respect.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR DUFOURMENTEL

Qui nous a aidé dans ce travail.

En témoignage de notre reconnaissance.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX :

Stage :

MONSIEUR LE PROFESSEUR HARTMANN
MONSIEUR LE PROFESSEUR CARNOT
MONSIEUR LE DOCTEUR CHIFOLIAU

Externat :

MONSIEUR LE DOCTEUR VEAU
MONSIEUR LE DOCTEUR MARTIN
MONSIEUR LE DOCTEUR RIVET
MONSIEUR LE DOCTEUR RAVINA
MONSIEUR LE DOCTEUR ARMAND-DELILLE
MONSIEUR LE PROFESSEUR LENORMANT

Internat :

MONSIEUR LE PROFESSEUR PETIT-DUTAILLIS
MONSIEUR LE DOCTEUR LELORIER, Professeur Accoucheur en Chef à la Maternité
MONSIEUR LE DOCTEUR BOPPE
MONSIEUR LE PROFESSEUR HEITZ-BOYER
MONSIEUR LE DOCTEUR SAUVE
MONSIEUR LE PROFESSEUR MOURE

A MONSIEUR LE DOCTEUR LEPAGE

Accoucheur des Hôpitaux de Paris.

A MONSIEUR LE DOCTEUR DESNOYERS

Accoucheur des Hôpitaux de Paris.

A MONSIEUR LE DOCTEUR MARSAN

Assistant du Service d'Urologie de l'Hôpital Lariboisière

A MONSIEUR LE DOCTEUR PATEL

Chirurgien des Hôpitaux de Paris.

A MONSIEUR LE DOCTEUR CHASTANG

Assistant à l'Hôpital Saint-Louis.

A MES COLLÈGUES D'INTERNAT.

GREFFES DE CUIR CHEVELU

Les greffes de cuir chevelu, sont de plus en plus employées en chirurgie réparatrice, en raison de leur commodité, de leur vitalité et de la dissimulation aisée de la cicatrice qui résulte de leur prélèvement.

HISTORIQUE

L'usage du cuir chevelu comme matériel de greffe remonte à la guerre de 1914-1918. Il est difficile de connaître l'auteur de la méthode. L'identité des mutilations faciales traitées de part et d'autre dut inciter à peu près à la même époque des chirurgiens qui s'ignoraient, à emprunter au cuir chevelu, protégé par le casque, la grande surface tégumentaire nécessaire à ces plasties. Les temps se prêtaient mal à la rédaction de publications scientifiques et des auteurs comme GILLIES ne firent connaître leur technique qu'après la guerre (Traité de chirurgie plastique de la face 1920). LEXER en Allemagne, utilisant des lambeaux non tubulés à pédicule temporal et DUFOURMENTEL en France, avec des lambeaux bipédiculés en jugulaire montrèrent les magnifiques possibilités des autoplasties de cuir chevelu. La tubula-

tion des lambeaux améliora la nutrition des greffes. C'est à Messieurs FILATOFF d'Odessa (9 septembre 1916 : présentation d'une plastie à tige ronde), GANZER (Allemagne), GILLIES (1920) de Londres, MOURE (1920-1921) que nous sommes redevables de perfectionnement.

Le procédé des greffes à pédicule purement vasculo-nerveux, greffe dite biologique ou à pédicule artériel de J. F. S. ESSER, malgré son intérêt, n'a guère étendu les indications de greffes de cuir chevelu.

GENERALITES

Avant d'étudier les greffes de cuir chevelu, il nous paraît utile de rappeler succinctement la structure et le comportement au traumatisme de ce tissu.

Nous ne ferons que signaler son épaisseur et sa fermeté qui le rendent propre aux plasties du front, du menton, des joues, des lèvres et même du nez, mais qui ne permettent pas de l'utiliser dans les régions qui doivent être recouvertes d'une peau fine et mobile (paupières), ni de le greffer sur de petites pertes de substance des ailes ou du lobule du nez. Lorsque la plaie est de petite dimension, il est préférable d'utiliser la peau des paupières souvent en excès, ou celle du sillon rétro-auriculaire dont la cicatrice de prélèvement sera cachée. Remarquons que les bulbes pileux peuvent être enlevés par raclage de la face profonde du lambeau : c'est le procédé d'épilation que M. MOURE utilise avec des résultats satisfaisants.

La vascularisation du cuir chevelu est d'une richesse remarquable, les artères sont des branches des frontales externes et internes de l'ophtalmique, de l'artère temporale dont l'anatomie a été précisée récemment par ENSTATIANOS (1930), de l'auriculaire postérieure et de l'occipitale. Elles sont anastomosées

et se trouvent en quelque sorte incrustées dans des travées conjonctives épaisses et rapprochées, qui cloisonnent le tissu cellulaire sous-cutané; les veines et les nerfs sont également nombreux. La richesse de vascularisation du cuir chevelu explique la vitalité des greffons pédiculés. Remarquons que par sa face profonde, le cuir chevelu ne reçoit pas de vaisseau d'importance notable; la peau et le très dense tissu cellulaire sous-cutané reposent en effet sur une couche musculo-aponévrotique formée par les muscles frontaux, occipitaux et temporaux, unis par une lame fibreuse centrale. Sous ce diaphragme (CRUVEILHIER) se trouve un tissu cellulaire lâche et lamelleux (espace suprapériostal de Meckel), presque avasculaire, puis le plan ostéopériostique. Les greffes libres de cuir chevelu sont plus aptes à être pénétrées de vaisseaux néoformés par leurs bords que par leur face profonde.

Le comportement du cuir chevelu au traumatisme est intéressant à étudier. Une contusion, même sans plaie, mais avec hématome, peut déterminer assez rapidement une alopecie peladoïde, quinze jours environ après le traumatisme. Il y aurait sidération de la papille par l'intermédiaire du système nerveux. La guérison survient en général en un mois par repousse totale. (Les alopecies traumatiques : R. REBUT, *Presse Médicale*, 9 mars 1938). Ce fait est à rapprocher des modifications pileuses du cuir chevelu transplanté. Lorsque la greffe est libre, les cheveux tombent et en général, ils repoussent ultérieurement.

Lorsque la greffe est pédiculée, la croissance des cheveux se ralentit, mais ils ne tombent pas, à moins que la vitalité du lambeau ait été profondément troublée. Les plaies du cuir chevelu cicatrisent rapidement, elles suppurent peu lorsque le traumatisme n'a pas largement ouvert la couche cellulaire suprapériostale. Lorsqu'au contraire, le périoste a été dénudé, que les bords de la plaie sont décollés et que l'excision a été insuffisante, la suppuration peut retarder la guérison, mais le phlegmon diffus péri-cranien décrit par CHASSAIGNAC ne s'observe plus guère. Les plaies avec perte de substance étendue guérissent elles aussi simplement en général. De petits moyens, des topiques, les pansements au diachylon qui rapprochent et immobilisent les bords de la plaie (Thèse DUPAS, de Lyon, 1916) accélèrent la cicatrisation.

L'étude des scalps du cuir chevelu démontre la vitalité du cuir chevelu. Certes, dans les scalps complets, la reposition de la calotte tégumentaire entièrement arrachée est vouée à l'échec et cette lésion est justiciable de greffes dermo-épidermiques (DELBET). Mais dans les scalps incomplets, lorsqu'une vaste surface de cuir chevelu a été décollée par le traumatisme, et qu'elle n'est plus nourrie que par un étroit pédicule, le lambeau peut être presque toujours conservé. Il suffit dans la majorité des cas de raser la peau, de la savonner, de la passer à l'alcool et de remettre en place le lambeau que l'on fixe par quelques points de suture sous couvert d'un drainage.

M. LENORMANT (*Journal de Chirurgie*, 1921) rappelle les succès obtenus dans ces conditions par BRACH, LÉVYS, OSECKI avant l'ère antiseptique et plus récemment par DERVILLE, FRANCHOMME, GUERNONPREZ et PARIZOT, COLLE.

EHLER eut à traiter une femme partiellement scalpée, qui avait conservé au-dessus de chaque oreille, une bande de cuir chevelu intact. Il en profita pour tailler à ce niveau, de chaque côté, un lambeau pédiculé long de 8 à 9 cm. et large de 2. Les lambeaux furent ramenés sur le front et l'on obtint une couronne de cheveux qui, le haut du crâne étant recouvert d'un foulard, permettait à la malade de se passer de perruque. Ce qui précède suggéra peut-être à PASSOT son procédé de traitement des calvities.

Les greffes de cuir chevelu, utilisées en chirurgie réparatrice, sont toujours prélevées sur le sujet lui-même.

Des tentatives d'homogreffes furent cependant effectuées à plusieurs reprises, dans d'autres conditions d'ailleurs. C'est ainsi que SICK, en 1892, ayant à traiter un enfant scalpé par un gros chien, préleva le cuir chevelu d'un nouveau-né, mort une demi-heure auparavant et tenta de le greffer; cette intervention fut pratiquée 2 jours après l'accident, on put d'abord croire à un succès, mais la greffe s'élimina presque entièrement et il n'en resta que quelques îlots, centres de cicatrisation. En définitive, le crâne fut recouvert d'une peau glabre qui permettait le port d'une perruque; cette intervention aboutit donc

à un échec partiel. Il ne faut pas oublier qu'en dehors de toute thérapeutique, on observe parfois sur de vastes plaies, à distance du liseré périphérique, l'apparition de petits îlots distincts d'épidermisation, ce qui rend difficile l'interprétation du résultat opératoire.

D'une façon plus générale d'ailleurs, les homogreffes cutanées, malgré la recherche préalable des groupes sanguins du donneur et du receveur qui doivent être identiques, sont aléatoires, même chez les sujets jeunes, sans être toutefois vouées à un échec certain (DUFORMENTEL).

INDICATIONS DES GREFFES DU CUIR CHEVELU

On peut schématiquement distinguer deux sortes d'indications aux greffes du cuir chevelu.

Indications esthétiques.

Dans certains cas, il s'agit de remédier à une disgrâce naturelle qui ne justifie qu'une intervention bénigne et dont l'indication est parfois discutable, ainsi en est-il des calvities partielles, de certaines alopecies, de déficiences sourcillères; pour peu que le résultat soit inférieur aux espérances du sujet, le chirurgien sera en butte à des revendications incessantes, et à des poursuites en justice.

Ces greffes sont de petite dimension, elles ne servent qu'à remédier à une déficience pileuse.

Indications réparatrices.

Dans d'autres cas, au contraire, on emprunte au cuir chevelu de vastes surfaces pour couvrir des pertes étendues de substance, pour remédier à des cicatrices rétractiles, pour reconstituer un nez ou une lèvre. Lorsque le sujet est affligé d'une difformité grave, généralement accidentelle, qui le défigure, en-

trave l'exercice normal d'une profession, s'accompagne de troubles fonctionnels, tels que trouble de la phonation ou écoulement permanent de salive, l'indication opératoire est plus facile à poser, des interventions multiples peuvent être raisonnablement proposées, la dissimulation des cicatrices devient un point secondaire; les malheureux affligés de mutilations affreuses, ne demandent qu'à retrouver figure humaine; ils acceptent d'être laids du moment qu'ils n'attirent plus l'attention. Il arrive cependant que, partiellement améliorés, ils oublient leur état premier, s'affligent de l'imperfection des résultats obtenus, s'impatientent de la longueur du traitement, de la multitude des retouches encore nécessaires; il est rarement nécessaire de leur montrer la photographie prise avant tout traitement, document d'une valeur essentielle en cas de poursuites judiciaires. Ces grandes mutilations faciales sont surtout le fait de la guerre, elles sont plus rares dans la pratique civile, malgré le développement de l'automobile, de la motocyclette et de l'avion; les blessés de la pratique civile sont d'ailleurs traités plus précocement et dans de meilleures conditions que les blessés de guerre.

Les plaies étendues de la joue peuvent nécessiter une plastie lorsque leur cicatrisation laisse une perte de substance ou lorsque la cicatrice rétractile attire la commissure buccale. Les plaies des lèvres supérieure ou inférieure et du menton sont souvent associées; elles se compliquent dans nombres de cas de

destruction partielle du maxillaire inférieur. Au cours de l'intervention d'urgence destinée à nettoyer la plaie, à en exciser les parties contuses vouées au sphacèle ou à la suppuration, il importe d'être conservateur au maximum et de ne pas enlever des esquilles adhérentes. M. DUFOURMENTEL insiste à juste titre sur cette notion classique, mais essentielle. Une photographie démonstrative de grandes mutilations maxillo-faciales illustre la différence que donne une intervention d'urgence suffisante, mais économique, et une excision trop mutilante. Lorsque les lésions sont cicatrisées, l'aspect du visage est en général affreux, la lèvre inférieure plus ou moins détruite, ne retient plus la salive, la phonation et la mastication sont très défectueuses et la pseudarthrose est inévitable lorsqu'il existe une perte de substance étendue du maxillaire inférieur. M. DUFOURMENTEL a, nous le verrons, réglé une technique précise qui s'applique à la plupart de ces grandes mutilations maxillo-faciales, et dont il a obtenu les plus beaux résultats. Les plaies de la région orbitaire nécessitent souvent l'énucléation de l'œil, elles s'accompagnent dans la plupart des cas de destruction du rebord orbitaire, elles peuvent se compliquer d'ouverture du sinus frontal ou du sinus maxillaire, elles communiquent parfois avec les fosses nasales ou la bouche.

Les brûlures superficielles de la face donnent, classiquement, une cicatrice moins rétractile que sur le reste du corps; les brûlures profondes de la face et du cou, aboutissent cependant à des cicatrices vi-

cieuses et rétractiles, parfois chéloïdiennes; ces cicatrices peuvent atrésier la bouche, incliner le cou en permanence, éverser le bord muqueux des lèvres, dévier la commissure buccale, déterminer un ectropion des paupières; des injections d'huile d'olive donnent une certaine mobilité aux tissus cicatriciels, comme nous l'avons vu dans le service de M. MOURE; mais il est dans bien des cas nécessaire d'intervenir chirurgicalement.

Une petite cicatrice chéloïdienne peut être simplement excisée. On enlèvera tout le bloc fibreux sous-jacent et les bords de la plaie seront largement décollés. L'application de radium (PASSOT et COTTENOT) évitera la formation d'une nouvelle chéloïde post-opératoire. Lorsque les brûlures sont très étendues, mieux vaut se contenter d'inciser suivant une direction convenable les tissus cicatriciels et rétractés et de libérer les berges de l'incision. Lorsque la correction de la déformation est obtenue, il reste au lieu de l'incision une véritable perte de substance qu'il y a lieu de combler par une greffe.

Certaines maladies et le lupus au premier chef justifient des interventions plastiques une rhinoplastie par exemple. On pourrait craindre que le greffon ne prenne pas sur ces tissus pathologiques, il n'en est rien dans la plupart des cas; quel que soit le stade évolutif de la maladie, MM. MOURE et BURIAN opèrent les lupiques dès que les mutilations justifient l'intervention. Il est difficile d'attendre l'arrêt du processus destructif en raison de la longueur d'évolution de l'affection.

Parfois, une greffe est nécessaire pour combler la perte de substance que laisse l'ablation d'une tumeur, bénigne ou maligne, d'un *noëvus pileux* ou autre, d'un cancer ulcéré ou non; exceptionnellement, des applications défectueuses de radium sont responsables de nécroses secondaires, d'éliminations prolongées, comme il en était de l'enfant qu'eut récemment à traiter DUFOURMENTEL.

Dans tous ces cas, notons que la greffe de cuir chevelu peut être utilisée telle quelle, ou épilée; chez l'homme, il y a en général grand avantage à garder les bulbes pileux dans les réfections des lèvres et du menton. Le résultat post-opératoire est rarement parfait et une belle barbe ou une forte moustache dissimuleront avantageusement la cicatrice. Lorsqu'on a pratiqué une rhinoplastie ou lorsque l'opérée est une femme, il faut évidemment rendre glabre le lambeau, comme nous le verrons.

TECHNIQUE OPERATOIRE

I. — SOINS PRE-OPERATOIRES — DESINFECTION DE LA PEAU — ANESTHESIE

Lorsqu'on a décidé de pratiquer une greffe du cuir chevelu, il faut préparer quelques jours avant l'intervention la région réceptrice et le cuir chevelu.

A) Préparation de la surface de réception.

La surface à recouvrir est dans bien des cas, une plaie étendue, dont la cicatrisation spontanée serait trop longue à obtenir ou laisserait une mutilation faciale importante. On ne peut pratiquer de greffe que sur des plaies propres, ne suppurant pratiquement pas, recouvertes de petits bourgeons charnus et vigoureux. Il est inutile de tenter une greffe cutanée totale, même pédiculée, même de cuir chevelu, sur une plaie qui ne répond pas à ces conditions. Pour les obtenir on aura recours aux procédés usuels : pansements à la liqueur de Dakin, au sérum physiologique, cautérisations au nitrate d'argent, applications de teinture d'iode très diluée. Il faut aussi tenir compte de l'état de la peau avoisinante, les sutures risquent de lâcher si cette peau est infectée,

s'il existe de la folliculite ou de l'acné, on tâchera de faire disparaître ces petites infections cutanées par un traitement local approprié, tel qu'applications de solution de Ziehl associées ou non à un traitement général, diététique, auto-hémothérapique.

B) Préparation du cuir chevelu.

Le cuir chevelu doit être rasé plusieurs jours à l'avance; on sait que les spécialistes de la chirurgie esthétique ne rasent pas leurs malades pour de petites interventions; ils se contentent de désinfecter les cheveux, non par la teinture d'iode qui les colore et les rend cassants, mais par l'acriflavine (Passot).

Quand il s'agit de faire une plastie de quelque importance, il est au contraire nécessaire de raser le cuir chevelu et d'appliquer un pansement sec ou alcoolisé. Il est inutile de chercher à provoquer une vaso-dilatation du lambeau qui sera transplanté, étant donnée la richesse de vascularisation du cuir chevelu.

C) Désinfection de la peau.

Au début de l'intervention, on désinfectera la surface réceptrice et le cuir chevelu en les badigeonnant, après savonnage et rinçage, à l'alcool à 90°, à l'éther, à la teinture d'iode très diluée (au quart de la préparation officinale); on peut enlever les traces d'iode après l'opération avec une solution d'oxy-

cianure de mercure. On peut aussi badigeonner la peau avec une solution d'acriflavine préparée extemporanément suivant la formule :

Solution à 5 % d'acriflavine ...	40
Alcool à 90 %	50
Acétone	10

Ce produit pénétrerait mieux que l'iode dans les glandes sébacées et sudoripares (SHEEHAN, TINKER et SULTON). On a enfin préconisé la benzine iodée, la solution potasso-mercuro-iodique qui a l'avantage d'être incolore, le mercuro-chrome en solution acétonique à 4 pour 500 auquel on peut reprocher de n'être que faiblement antiseptique pour le staphylocoque et de déterminer parfois des réactions locales intenses; la solution d'acide picrique à 5 % (DAVIS). De toute façon, il importe, comme KRAUSE l'a conseillé depuis longtemps, d'éviter les antiseptiques forts et concentrés. Il faut cependant que les interventions plastiques soient aseptiques, car la remarquable et classique résistance à l'infection des téguments de la face ne s'applique pas sans restriction aux lambeaux transplantés et aux tissus largement décollés.

D) Anesthésie.

L'anesthésie locale ou l'anesthésie générale peuvent être employées. L'anesthésie locale convient particulièrement aux petites interventions, elle se fait en général par infiltration de novocaïne à 1 pour 200.

La concentration doit être de 1 % lorsqu'on infiltre un tissu cicatriciel, elle peut s'abaisser à 1 pour 300 lorsqu'on est amené à pratiquer de larges décollements. Il ne faut ajouter que peu d'adrénaline à la solution anesthésique, pas plus de 5 gouttes de solution d'adrénaline à 1 pour 1000 à 50 cm. cubes de solution novocaïnique. L'adrénaline aurait l'avantage d'éviter un suintement gênant (GALTIER, COELST). VERRIÈRE et BARNEVILLE déconseillent toute adjonction d'adrénaline par crainte d'un spasme vasculaire dans le territoire de la greffe. L'anesthésie locale peut suffire à tous les cas, sauf chez l'enfant, et elle ne compromet pas la vitalité des tissus infiltrés.

L'anesthésie générale est sinon nécessaire, du moins souvent commode; l'anesthésie par inhalation est peu pratique, le masque à éther est inutilisable, le chloroforme administré à l'aide de la pipe de DELBET ou d'une sonde nasale comme l'utilisent M. VEAU et M. OMBRÉDANNE dans la cure des divisions palatines et des becs de lièvre n'est pas sans faire courir au malade des risques réels de syncope. Il ne faut d'ailleurs pas perdre de vue que le nombre des interventions nécessaires sera souvent élevé. Ces interventions seront pratiquées à 15 jours ou 3 semaines d'intervalle et il importe que l'intoxication anesthésique soit réduite au minimum. Il est enfin à craindre qu'un sujet endormi 3 ou 4 fois déjà au chloroforme refuse une nouvelle anesthésie en raison de l'angoisse de l'endormissement et des souvenirs pénibles du réveil. Certains auteurs utilisent

des anesthésiques donnés par voie rectale (FINOCHIETTI). M. MOURE emploie beaucoup pour toutes ses plasties, l'évipan sodique injecté par voie intra-veineuse.

Le reproche principal que l'on peut faire à ce mode d'anesthésie est l'agitation au réveil qui n'a guère d'inconvénient sérieux en chirurgie réparatrice tégumentaire. Les malades sont unanimes à reconnaître que le sommeil s'établit sans qu'ils aient de sensations pénibles; c'est dire que ce procédé anesthésique nous semble particulièrement convenir à ces interventions.

II. — PRELEVEMENT ET APPLICATION DES GREFFES DE CUIR CHEVELU

Le prélèvement et l'application des greffes de cuir chevelu varient suivant chaque cas.

Nous étudierons successivement l'emploi des greffes de cuir chevelu en chirurgie esthétique et en chirurgie réparatrice.

A) Greffe de cuir chevelu en chirurgie esthétique.

Les greffes de cuir chevelu s'emploient en chirurgie esthétique pour masquer une calvitie incomplète ou pour refaire un sourcil.

a) TRAITEMENT DE LA CALVITIE.

Nous emprunterons à PASSOT la description de son procédé qu'il a publiée dans la *Presse Médicale* du 17 juin 1920. Le procédé consiste à prélever un lambeau de cuir chevelu quadrilatère porteur de cheveux vivaces et choisi dans une zone où la calvitie ne se propage que rarement : Région temporale ou occipitale. Ce lambeau est basculé autour de son pédicule postérieur ou occipital et appliqué suivant l'axe de la région dégarnie où une résection tégumentaire préalable lui ménage un lit. Lorsque les cheveux auront acquis une certaine longueur, ils pourront être rabattus sur les côtés pour masquer les cicatrices et les zones dénudées restantes. Les résultats sont durables. Il est évident que la prise du lambeau est d'autant plus difficile que l'aire dénudée est plus vaste, puisqu'il faut que cette surface soit recouverte de cheveux et qu'il reste une couronne chevelue. Le lambeau à pédicule occipital sera quadrilatère, allongé d'avant en arrière, sa longueur sera égale à la distance qui sépare la partie supérieure du front de la limite postérieure de la calvitie, sa largeur sera le tiers de la largeur de la surface dénudée. On taillera le lambeau près du contour extérieur d'implantation des cheveux, la calvitie se propageant en tache d'huile; on tracera le contour du lambeau à l'encre de chine ou au bleu de méthylène. On utilisera l'anesthésie locale par infiltration d'une solution de novocaïne de 1 pour 300, en évitant l'in-

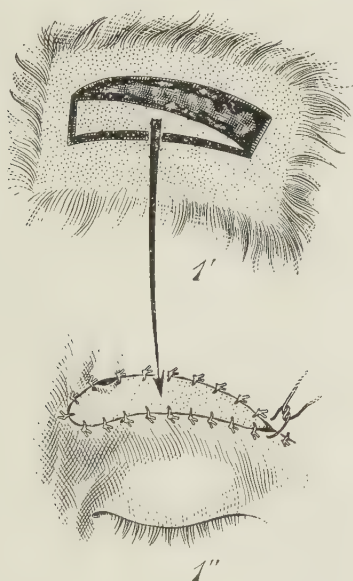
filtration du lambeau lui-même (MORESTIN). L'injection sous-dermique est tracée à 2 cm. environ en dehors du contour du lambeau. On incise le cuir chevelu suivant le trait préalablement dessiné; on décolle la face profonde du lambeau en utilisant le plan de clivage qui sépare le cuir chevelu de l'épicroâne; on fait l'hémostase; on suture immédiatement après les avoir décollés au besoin, les bords de la perte de substance ainsi créée. Le lambeau étant ainsi taillé, on lui ménage son lit en excisant une bande quadrilatère de même dimension; l'axe de cette surface sera la bissectrice de l'aire centrale de la calvitie. On suture par des points séparés les bords du lambeau à la surface de réception; au besoin, 3 semaines plus tard on peut juxtaposer à ce lambeau un deuxième lambeau prélevé du côté opposé. Ce procédé s'applique aux alopecies surtout étendues transversalement. Lorsque la surface dégarnie est trop étendue d'avant en arrière, le lambeau que l'on taillerait suivant la méthode précédente, serait trop large, aussi dans ce cas, utilise-t-on un lambeau à pédicule temporal taillé d'arrière en avant, on greffe ce lambeau transversalement pour qu'il vienne barrer la surface dégarnie.

b) TRAITEMENT DES DÉFICIENCES SOURCILLIÈRES.

Lorsqu'un sourcil a été détruit par un traumatisme, on peut pour le reconstituer, utiliser une partie du sourcil opposé ou une greffe du cuir chevelu; on ne

saurait recourir au sourcil opposé que lorsque celui-ci est particulièrement fourni. On le divise alors par une incision suivant son axe et on pratique avec une des moitiés une greffe libre ou une greffe pédiculée à implantation nasale. Le procédé semble inférieur au prélèvement d'une lanière de cuir chevelu, seul utilisable du reste, lorsque les deux sourcils sont déficients. On procède habituellement à une greffe libre du cuir chevelu suivant la technique que voici : Une incision sur le rebord orbitaire délimite le lit de la greffe. On a soin de conformer cette entaille à la disposition du sourcil opposé; s'il existe une cicatrice sur le relief osseux, on en profite pour l'exciser; on assure l'hémostase par application de compresses imbibées de sérum physiologique additionné ou non d'adrénaline et par compression (KRAUZE, TIERNY, GALTIER). S'il reste des vaisseaux qui saignent, on en fait l'hémostase par forcipressure et torsion (DUBREUIL), par ligature au catgut très fin coupé au ras du nœud. On prélève dans la région temporale ou occipitale une mince lanière de cuir chevelu, en forme de virgule allongée, de longueur adéquate, légèrement arquée, orientée de telle sorte que les poils qui pousseront aient une direction convenable. Lorsqu'on se propose de restaurer les deux sourcils, il est commode de tailler les greffes de la façon suivante (M. MOURE, *Pratique chirurgicale illustrée*) : le bistouri dessine d'abord une sorte de rectangle dont, à vrai dire, les côtés les plus longs ne sont pas rectilignes, mais légèrement incurvés.

Puis il trace une diagonale. Les deux lambellules triangulaires adjacents que l'on prélèvera ainsi sont de même dimension et les sourcils restaurés seront bien symétriques. On pose la greffe dans son lit, on



Prélèvement et application des greffes de cuir chevelu reconstituant les sourcils, d'après le D^r MOURE.

l'y fixe par quelques points séparés de fil de lin, de soie cirée, de crin fin, passée à l'aiguille de LANE ou à l'aiguille sertie. La greffe est maintenue en place, immobilisée et légèrement comprimée par un outlay sur cadre (COOLST), un bourdonnet (GALTIER), une

éponge insérée dans le pansement (MM. BETTMANN, BLAIR, MOURE, DAVIS), tous pansements bien décrits dans la Thèse de VINCENT, Paris, 1938. On ne touchera plus au pansement pendant 5 ou 6 jours, date à laquelle on retirera les fils. Les poils ne poussent pas tout de suite. Dans une première période d'adaptation, la vie du transplant est encore précaire, mais quelques semaines après l'opération, les bulbes donnent de nombreux poils que l'on coupera à la longueur convenable; un tatouage peut parfaire le résultat esthétique. Si les cheveux et les sourcils étaient initialement de couleur différente, il peut être utile de teindre un des sourcils.

Les résultats de ces plasties sont satisfaisants. On peut aussi avoir recours à une greffe pédiculée du cuir chevelu, suivant la technique de J. F. S. ESSER (Lambeau artériel à pédicule biologique. Congrès de Chirurgie de Berlin, 1922).

Le pédicule vasculo-nerveux reste protégé par une mince enveloppe de tissu cellulaire. Ce très étroit pédicule peut être infléchi ou tordu avec le minimum de risque de compression vasculaire; la peau appendue au pédicule comme une feuille à son pétiole est une partie du territoire irrigué par l'artère choisie. On cherchera à repérer par la palpation le trajet d'une artère, on le dessinera par un trait d'encre de Chine ou de bleu de méthylène. On pratique sur le trajet du pédicule une incision superficielle; en profondeur on incline le bistouri de façon à contourner le pédicule vasculaire sans le blesser. Lorsque

le pédicule a une longueur suffisante, on trace à son extrémité un lambeau de la forme voulue, on prépare le lit de la greffe comme précédemment; il s'agit alors de mettre en place le transplant. Le pédicule ne peut rester exposé, car il risquerait de se dessécher. On peut évidemment tracer une incision joignant le point de départ du pédicule à la surface à la surface à greffer et y coucher le pédicule. La cicatrice qui en résulterait compromettrait le résultat esthétique, mieux vaut relier l'incision de découverte du pédicule vasculo-nerveux au lit cruenté aménagé sur le rebord orbitaire par un décollement sous-cutané. Il suffit de faire glisser le lambeau et son pédicule sous la peau, de ressortir le greffon à la place qu'il doit occuper et de le fixer. Il faut en faisant le pansement, éviter soigneusement toute compression du pédicule vasculo-nerveux. Cette technique n'est pas sans analogie avec les interventions de chirurgie plastique du sein qui utilisent la transposition du mamelon.

B) Greffe du cuir chevelu en chirurgie réparatrice.

On se sert en chirurgie réparatrice surtout de lambeaux de cuir chevelu largement pédiculés. Le pédicule a une largeur égale à celle du lambeau; pour être bien vascularisé, le lambeau doit être orienté suivant la direction de l'artère temporale superficielle; sa longueur ne doit pas excéder le triple de sa largeur; la largeur peut atteindre un travers de main

et même davantage. Les lambeaux bi-pédiculés peuvent être plus longs; ils vont d'une région temporale à l'autre, chacun de leur pédicule est centré sur l'artère temporale correspondante. Il est souvent avantageux de transformer ces lambeaux à 2 pédicules en lambeaux à un seul pédicule, la nutrition est mieux assurée que si l'on avait fait dès le début un lambeau uni-pédiculé. Du prélèvement d'un lambeau uni ou bi-pédiculé résulte une perte de substance du cuir chevelu qui paraît énorme et souvent disproportionnée avec la lésion que l'on se propose de traiter. La plupart des auteurs évitent la rétraction des bords de la plaie de prélèvement par des points en U noués sans traction excessive. Il est souvent impossible de réunir d'emblée les bords de cette plaie, même en décollant à distance les téguments. La plaie est pansée à plat. M. MOURE la recouvre d'une gaze iodoformée; ce pansement antiseptique ne doit pas être enlevé avant 12 ou 15 jours; il forme une sorte de croûte qui évite des infections secondaires, constantes lorsque l'on renouvelle fréquemment le pansement. On risque aussi au cours de pansements fréquents et inutiles d'arracher le fragile liseré d'épidermisation et Ambroise PARE disait que l'ulcère n'aime pas à être déshabillé. La greffe n'est pas entièrement utilisée, une partie seulement est transplantée sur la perte de substance, le reste ne sert que de vecteur. Lorsque la greffe a été appliquée, comme nous le verrons, lorsqu'elle s'est intimement unie au tégument voisin et qu'elle peut être séparée

de son pédicule, celui-ci est récupéré et il sert à combler une grande partie de la brèche de prélèvement. Il ne reste de celle-ci en définitive que la surface correspondant à la perte de substance traitée. La tubulation est un procédé qui consiste à enrouler le lambeau sur lui-même, de façon à le transformer en un tube dont la surface est constituée par la face externe du cuir chevelu, et dont la lumière virtuelle est limitée par la surface cruentée du lambeau enroulé. Un lambeau flottant tend à s'enrouler spontanément lorsqu'il doit survivre : cet enroulement est un phénomène favorable à la vie du lambeau dont le décollement a créé une multitude de petites plaies vasculaires. Ces fuites entraînent une chute de pression progressive de la racine à l'extrémité du lambeau; l'enroulement s'oppose à ces fuites sanguines et maintient une pression artérielle suffisante à la nutrition. Cet enroulement spontané des lambeaux flottants sur lequel insistait SEBILEAU avait été noté par RONZANUS dès le milieu du XV^e siècle; les chirurgiens ont naturellement essayé de favoriser ce phénomène; ainsi fut inventé la tubulation systématique des lambeaux, procédé qui a pour but et pour effet de mieux en assurer la vascularisation. La tubulation est réalisée très simplement : Le lambeau est limité par 2 profondes incisions parallèles, ou divergentes à leurs extrémités (FRANKENBERG), la partie intermédiaire est décollée du plan ostéo-périostique, on l'enroule sur elle-même, cet enroulement est maintenant par quelques points séparés; près des

pédicules, il vaut mieux ne pas achever la suture; la traction sur les fils ne doit pas être excessive. L'évolution des lambeaux tubulés a été étudiée d'une façon précise par STAIGE DAVIS, GERMAN et FINESILVER. Il résulte des expériences de ces auteurs que dès le 7^e jour les vaisseaux qui parcourent le lambeau sont importants et que beaucoup d'entre eux sont dirigés longitudinalement. Il y a d'ailleurs pas intérêt à attendre trop longtemps pour utiliser le greffon. M. CLAOUÉ a examiné un lambeau tubulé prélevé depuis plus de deux mois : il l'a trouvé peu vascularisé et envahi de tissu scléreux.

Nous avons vu la façon de traiter la plaie qui résulte du prélèvement de la greffe, notons que celle-ci ne doit pas être comprimée par un pansement trop serré. Il est curieux de noter que GRAEFE, en 1816 utilisait la tendance à l'enroulement des lambeaux avec une toute autre intention que d'améliorer la vascularisation. Cet auteur pratiquait des rhinoplasties à l'italienne, il voulait modeler le lambeau taillé sur l'avant-bras en forme de nez avant de le greffer; il s'efforçait de simuler une sous-cloison, des narines, des orifices narinaires, par des encoches pratiquées à l'extrémité libre du lambeau; c'est l'enroulement des bords qui devait contribuer à l'obtention du résultat cherché. Avant d'aborder l'étude de quelques techniques de chirurgie réparatrice utilisant le cuir chevelu comme greffe, nous dirons quelques mots des soins post-opératoires communs à toutes ces interventions.

Le pansement doit éviter la macération, il doit être supprimé très tôt vers le 2^e ou 3^e jour, les sutures sont exposées à l'air pendant la journée, une compresse de gaz stérile les protège la nuit de souillures possibles. Les cicatrices post-opératoires peuvent être défectueuses, rétractiles, formées de véritables placards collés au plan profond; des massages et surtout des injections d'huile d'olive stérile les libéreront en partie. Il nous faut aussi dire quelques mots des procédés d'épilation les plus couramment utilisés, La destruction électrolytique se fait en de très nombreuses séances et exige une grande patience, elle peut laisser de multiples petites cicatrices; c'est à ce procédé que recourt M. DUFOURMENTEL. La destruction chirurgicale des bulbes pileux a été préconisée et est utilisée par M. MOURE qui la considère le meilleur moyen d'épilation. La technique consiste à curetter la face profonde du lambeau de façon à détruire les bulbes pileux par abrasion. Les bulbes pileux sont en effet nettement visibles à la face profonde du greffon. Leur saillie est augmentée par l'œdème chronique qui infiltre les tissus transplantés (MAUCLAIRE) : l'épilation est plus facile sur un greffon déjà transplanté que sur la peau fraîche. Cette intervention complémentaire se fait au cours des retouches, des adaptations du lambeau, par petites surfaces; il est imprudent d'épiler au cours d'une même séance plus du tiers environ de la greffe. La radiothérapie a été et est encore utilisée pour détruire les bulbes pileux.

Certains auteurs enfin, désireux d'éviter toute épilation, utilisent des lambeaux mixtes de cuir chevelu et de peau glabre du front. Le pédicule est temporal, la portion de cuir chevelu sert de vecteur, le lambeau est incurvé en avant et la partie qui servira de greffe est taillée sur le front, cette façon de procéder a l'inconvénient de laisser une cicatrice frontale, qu'un artifice de coiffure dissimulera tant bien que mal s'il s'agit d'une femme.

a) RÉPARATION DES PERTES DE SUBSTANCE DE LA PARTIE CUTANÉE DE LA LÈVRE SUPÉRIEURE.

Lorsque la perte de substance est latérale, la réparation s'effectue à l'aide d'un lambeau tubulé à pédicule temporal. Dans un premier temps, on taille et forme un lambeau tubulé à 2 pédicules dont l'un est temporal et l'autre situé sur la convexité du crâne, un peu en arrière de la ligne d'implantation des cheveux sur le front. La longueur du lambeau est un peu supérieure à la distance qui sépare le point d'implantation du pédicule temporal de la surface à couvrir.

Le lambeau doit être pris assez large et assez long pour que déroulé, il couvre largement la perte de substance. Dans un deuxième temps, on transforme la greffe bi-pédiculée en une greffe à un seul pédicule, temporal. On prépare la surface réceptrice et nous noterons ici un point de technique essentiel.

Il ne suffit pas d'aviver le pourtour de la brèche et d'y fixer le lambeau de cuir chevelu. La face pro-

fonde du transplant répondant à la cavité buccale, la nécrose du lambeau ou la désunion des sutures serait inévitable. Il faut que ce lambeau destiné à remplacer la peau manquante soit doublé par un autre, les 2 lambeaux étant en contact par leur face cruentée (MORESTIN, OMBRÉDANNE, DUFOURMENTEL, MOURE, GILLIES). Cette doublure qui remplace la muqueuse est prélevée sur la bordure même de la perte de substance qu'une incision cerne à quelque distance. Le tracé de cette incision n'a pas besoin d'être parfaitement régulier, mais il faut que le pourtour de la perte de substance une fois rabattu, face cruentée en dehors, obture la brèche. Si l'on suppose le cas d'une destruction complète de la lèvre supérieure, on est amené à tailler deux lambeaux sur les joues, rectangulaires, comprenant la peau et le tissu cellulaire sous cutané; le pédicule de ces lambeaux sera interne, au bord de la perte de substance. On retournera les lambeaux autour de leur pédicule, comme on ferme une porte à double battant. Les deux lambeaux, face cruentée en dehors, reconstituent le plan profond de la lèvre. Ils sont unis l'un à l'autre sur la ligne médiane, et en haut au bord de la perte de substance. Il est évident que l'étendue de la surface de réception devient supérieure à celle de la perte de substance initiale. On déroule, étale et amène l'extrémité libre de la greffe en regard de la surface réceptrice ainsi préparée et avivée; on l'y fixe par des points séparés. 10 jours plus tard, on s'assure que le lambeau est bien nourri;

les poils doivent pousser vigoureusement, il ne doit pas y avoir d'œdème; un petit garrot de caoutchouc modérément serré, est appliqué sur le pédicule : la partie sous-jacente doit rester rose, garder une coloration normale. Cette compression de l'extrémité qui devra être sectionnée fait d'ailleurs mieux que renseigner sur la vascularisation du lambeau. Répétée chaque jour, et d'une durée progressivement croissante, elle prépare le greffon à ne se nourrir que par une de ses extrémités. Lorsqu'on est certain que le transplant est bien nourri par les vaisseaux néoformés, on sectionne le pédicule. A le sectionner trop précocement, on risquerait le sphacèle du lambeau, ou une altération définitive du tégument transplanté qui resterait épais, cartonné, adhérent en profondeur, atteint de troubles trophiques comparés par M. MOURE à ceux qu'entraîne une gelure suivie de sphacèle partiel. La partie inutilisée de la greffe est déroulée et étalée : elle recouvre une bonne partie de la surface de prélèvement, d'autant plus que le pédicule s'est spontanément allongé. Le point essentiel est de bien étoffer la région; il faut prévoir que les retouches ultérieures seront aisées si l'on dispose d'un excès de tissu, alors qu'elles seraient aléatoires ou impossibles dans le cas contraire.

On épile le lambeau s'il s'agit d'une femme. Parmi les retouches, la réfection de la partie muqueuse de la lèvre est une des principales. Elle se fera suivant un des trois procédés de chéiloplastie décrits par SÉBILEAU et DUFOURMENTEL. Les hommes se contentent

d'ailleurs souvent d'une lèvre dont la partie externe est uniquement cutanée, ce défaut étant masqué par la nouvelle moustache.

Lorsque la perte de substance est médiane, on peut procéder comme précédemment (LEXER). Il devient cependant avantageux d'utiliser un lambeau tubulé à 2 pédicules temporaux que l'on rabat comme une jugulaire devant la partie supérieure du visage, la partie moyenne est déroulée, étalée et fixée sur la surface qu'elle doit couvrir, les pédicules sont ensuite sectionnés et la partie inutilisée sert à combler en partie la surface du prélèvement. Ces lambeaux en jugulaire à 2 pédicules temporaux imaginés par DUFOURMENTEL sont bien vascularisés, ils permettent d'apporter une abondante surface cutanée, ils satisfont à la nécessité d'obtenir après l'intervention une face à peu près symétrique; les lambeaux à un seul pédicule ne donnent pas cette symétrie et nous avons vu une photographie d'autoplastie de toute la lèvre supérieure faite avec un lambeau du cuir chevelu à un seul pédicule temporal sur laquelle l'orientation identique de tous les poils surprenait.

b) RÉPARATION DES PERTES DE SUBSTANCE DE LA PARTIE CUTANÉE DE LA LÈVRE INFÉRIEURE.

La réfection de la lèvre inférieure peut être réalisée à l'aide d'un lambeau cervical tubulé et bi-pédiculé, sous mentonnier, comme l'a indiqué M. DUFOURMENTEL. Elle peut aussi s'effectuer à peu près comme celle

de la lèvre supérieure, avec un lambeau de cuir chevelu.

Les pertes de substance de la lèvre inférieure sont des plus gênantes; la salive en effet ne cesse de s'écouler de la bouche, cet écoulement augmente lorsque le blessé essaie de parler, de s'alimenter et il est tenu de porter presque constamment un mouchoir devant sa bouche. La réparation des pertes de substances de la lèvre inférieure est assez délicate en raison de la difficulté de maintenir les sutures sèches, et la désunion est possible. La nécessité de reconstituer un plan profond, doublure remplaçant la muqueuse perdue, est plus impérieuse encore que dans les autoplasties de la lèvre supérieure.

c) RÉPARATION DES PERTES DE SUBSTANCE DES JOUES.

Les pertes de substances des joues peuvent cicatriser sans laisser de communication de la bouche avec l'extérieur; il en est ainsi lorsqu'elles ne sont pas trop grandes et l'élasticité des tissus favorise cette évolution. La cicatrisation peut laisser des déformations, la commissure buccale peut être attirée par la rétraction des tissus cicatriciels, un ectropion de la paupière inférieure peut se produire, il faut alors intervenir chirurgicalement et apporter l'étoffe qui manque. Il en est de même lorsque la perte de substance est trop étendue et lorsque, après cicatrisation de la plaie, il reste un trou plus ou moins grand qui

découvre les arcades dentaires. La plastie peut se faire par glissement, c'est la méthode dite française ou de CELSE; les téguments mobilisés sont déplacés



Restauration d'une perte de substance jugale
à l'aide d'un lambeau de cuir chevelu (D^r MOURE).

suivant la direction du sillon naso-génien; une variante de la méthode française est constitué par le procédé de J. F. ESSER dans laquelle la translation est remplacée par une rotation du lambeau autour du pédicule facial; mais on peut aussi recourir à

une greffe du cuir chevelu que l'on doublera profondément par la bordure de la perte de substance retournée. Cette technique préférable dans bien des cas, peut être la seule réalisable.

d) RÉPARATION DES PERTES DE SUBSTANCE DES PARTIES MOLLES DE LA RÉGION MENTONNIÈRE,

Les pertes de substance de la région mentonnière peuvent se diviser en 2 catégories suivant que la cavité buccale est ou non ouverte à l'extérieur.

Lorsque la cavité buccale n'est pas ouverte à l'extérieur, la réparation est aisée. Elle peut s'effectuer à l'aide des téguments voisins, de la peau du cou aisément mobilisable, élastique, et qui « prête » bien. On peut aussi avoir recours à une greffe de cuir chevelu sous forme de long lambeau tubulé, centré sur l'artère temporale.

Par son épaisseur et son grain, le cuir chevelu remplace en effet remarquablement la peau du menton. Le lambeau fournira une belle barbe chez l'homme, et il ne sera pas difficile de l'épiler s'il s'agit d'une femme.

Le cas où la cavité buccale est ouverte à l'extérieur est plus intéressant. Il est alors nécessaire de fermer la plaie par 2 plans superposés. « Le plan profond peut être prélevé aux bords mêmes de la perte de substance, soit par un retournement de toute la peau périphérique, ce qui forme un opercule plissé et peu satisfaisant, soit, ce qui est certainement meil-

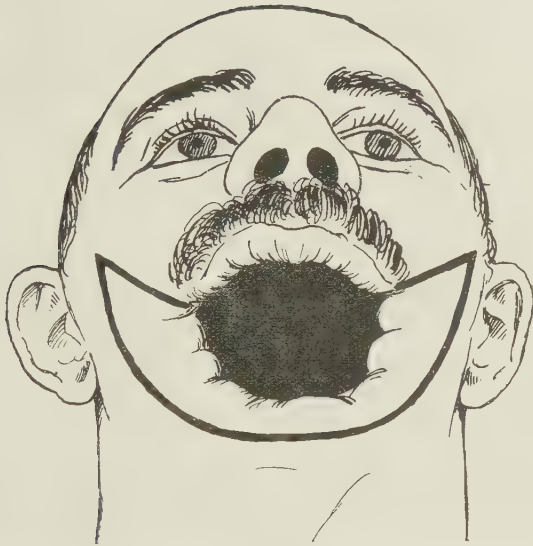
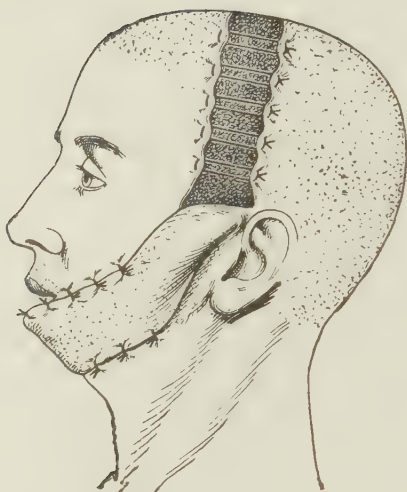


Schéma des lambeaux prélevés autour de la perte de substance.



Ces lambeaux retournés et suturés sur la ligne médiane reconstituent le plancher buccal.



Application d'un lambeau bipédonculé de cuir chevelu
sur le plancher buccal reconstitué.

leur, par retournement d'un lambeau unique prélevé d'un seul côté. On comprend alors que la perte de substance superficielle est doublée d'étendue et que, malgré l'élasticité de la peau des joues et du cou, il est impossible de la recouvrir par un prélèvement proche. Il pourra devenir nécessaire d'effectuer un prélèvement à distance et c'est dans ce cas que nous nous sommes particulièrement bien trouvés des emprunts faits en cuir chevelu, méthode encore jamais signalée. On taillera un lambeau qui aura la longueur nécessaire pour permettre à son extrémité de s'appliquer sans traction sur la surface à recouvrir. Quinze jours plus tard environ on en coupera le pédicule au ras de la partie greffée et on le réinsérera à son ancienne place » (M. DUFOURMENTEL, in *Journal de chirurgie*, Juin 1920).

e) RHINOPLASTIE DE CUIR CHEVELU.

Le cuir chevelu n'est utilisé dans le traitement des pertes de substances que si l'on a besoin d'un abondant apport de téguments ou d'une greffe particulièrement vivace. Lorsque le lobule du nez a été arraché par un traumatisme, tel qu'une morsure, lorsqu'une aile du nez est partiellement détruite ou que la pyramide nasale est perforée et que la perte de substance est petite, il est préférable de prendre la peau du sillon rétro-réculaire plutôt que du cuir chevelu; la cicatrice de prélèvement est dissimulée dans un cas comme dans l'autre, mais tandis que par la greffe libre de peau glabre et mince, on obtiendra un résultat rapide et esthétique, une greffe de cuir chevelu serait assez disgracieuse en raison de son épaisseur. C'est dans les destructions limitées du nez par un processus morbide (lupus, syphilis) et dans les destructions de la plus grande partie de la pyramide nasale que le cuir chevelu est un matériel de transplant particulièrement utile; la grande vitalité des greffes de cuir chevelu leur permet de prendre même sur des sols défavorables. Lorsqu'il faut remplacer toute la pyramide nasale, on est obligé d'emprunter un vaste lambeau cutané prélevé à distance. Nous ne ferons que mentionner le procédé mutilant et assez peu répandu où un auriculaire est greffé en place du nez. Signalons que par la technique d'inclusion dermique, artifice de transfert, M. CLAOUÉ a pu, avec de fort beaux résultats, prélever la greffe en une région très éloignée, à l'abdomen par exemple.

Les 2 méthodes classiques de rhinoplastie restent l'indienne et l'italienne. La méthode indienne consiste à prélever sur le front un lambeau dont le pédicule répond à la racine du nez; on fait tourner ce lambeau autour de son pédicule et on le place sur la perte de substance avivée. La peau du front par son grain et sa coloration se confond avec celle des régions voisines, mais la cicatrice frontale de prélèvement est disgracieuse.

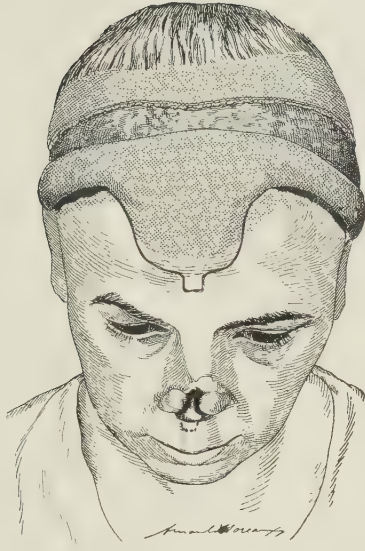
Dans la méthode italienne, le lambeau est pris à la face interne du bras. On est obligé de laisser l'opéré des semaines dans une position inconfortable, malgré le mode de contention réalisé par MM. DARCISSAC et DUFOURMENTEL ou l'appareillage de DUCLOS.

M. MOURE a mis au point un procédé qui dérive des méthodes indiennes et italiennes et utilise un lambeau tubulé bi-pédiculé de cuir chevelu; il en a donné la description suivante dans la *Pratique Médico-chirurgicale*. Le lambeau est taillé sur la partie moyenne du front, à cheval sur la racine des cheveux et il peut être descendu directement à l'aide de 2 pédicules temporaux tubulés. Lorsque la nutrition du greffon est assurée il suffit de sectionner les pédicules et de les remettre en place. Ces cicatrices sont aisées à dissimuler dans les cheveux et ce procédé de rhinoplastie peut, de ce fait, être considéré comme le moins mutilant.

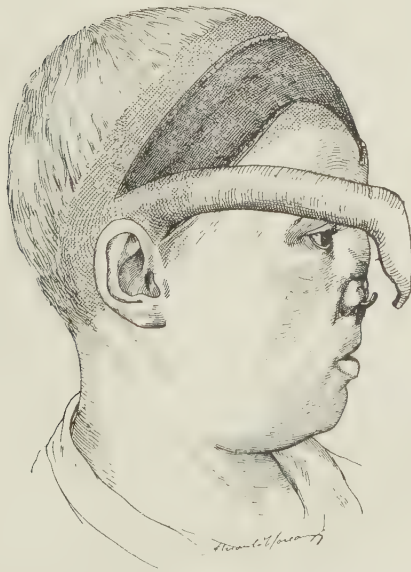
Technique opératoire :

1^{er} temps :

Préparation de 2 pédicules temporaux qui sont



Rhinoplastie (D^r MOURÉ).
Taille du lambeau de cuir chevelu.



Rhinoplastie (D^r MOURÉ).
Déplacement du lambeau.

taillés et enroulés, en ménageant à leur base le tronc de l'artère temporale.

2^e temps :

1^o) 8 à 10 jours après : tracé et dissection du lambeau frontal en ménageant un petit quadrilatère médian pour la sous-cloison et 2 ailerons latéraux pour les ailes du nez.

2^o) Avivement de la périphérie de la perte de substance nasale et taille d'un petit lambeau médian à charnière supérieure qui sera opposé au lambeau frontal.

3^o) Mise en place du lambeau frontal basculé autour de ces 2 pédicules temporaux. Si l'on avait quelques doutes sur la nutrition du lambeau, on pourrait le larder de petits coups d'aiguilles, cette façon de faire, empruntée à MAYOT, a donné à M. MOURE les meilleurs résultats.

3^e temps :

Lorsque, après 15 jours, la nutrition du lambeau paraît assurée par son irrigation propre, on peut sectionner successivement l'un et l'autre pédicule, à quelques jours de distance, et les remettre en place, après les avoir fendus et étalés et avoir avivé et décollé les bords de la perte de substance cranienne. En les étirant légèrement, on arrive à recouvrir presque entièrement cette perte de substance dont la partie centrale se ferme soit spontanément, soit par adjonction d'une lamelle dermo-épidermique.

4^e temps :

Adaptation et modelage du lambeau par des retouches successives qui ont pour but de tailler et d'enrouler les ailes du nez afin de rendre perméable les orifices narinaux. Il est nécessaire de laisser durant plusieurs mois, des tubes de caoutchouc dans les narines, jusqu'à leur complète épidermisation intérieure.

Les ailes du nez seront, suivant les cas, complètement façonnées et enroulées jusqu'à la sous-cloison ou seulement suturées avec la racine de l'aile normale lorsqu'elle aura été ménagée par le traumatisme. L'épilation est obtenue chirurgicalement par râclage de la face profonde du lambeau, comme nous l'avons vu précédemment.

Les résultats obtenus par ce procédé sont satisfaisants, la couleur et le grain de la greffe s'harmonisent avec la peau voisine. Il est préférable de ne pas armer le lambeau de cartilage et de glisser ultérieurement une petite baguette de cartilage dans l'épaisseur du greffon s'il a tendance à s'affaïsser.

La rhinoplastie totale ou sub-totale, par le procédé du lambeau frontal médian à double pédicule tubulé comporte toujours 4 à 5 temps opératoires qui peuvent s'exécuter à l'anesthésie locale à laquelle Monsieur MOURE préfère, actuellement, l'anesthésie générale à l'évipan; il faut compter environ 3 ou 4 mois pour son exécution complète. Pour obtenir un bon résultat définitif, il faut que la greffe soit largement taillée; on ne doit pas oublier que la rétraction, les excisions de tissu

cicatriciel, au cours des retouches ultérieures, perdront beaucoup d'étoffe. Il est enfin facile d'enlever l'excédent.

f) CAS COMPLEXES.

Nous avons considéré une série de lésions élémentaires et nous avons vu les différents procédés de greffe qui permettent de réparer cette perte de substance. Les lésions sont, en général, plus complexes, leur traitement plus difficile et il ne s'agit qu'exceptionnellement d'interventions réglées. Dans les cas de destruction, plus ou moins complète des 2 lèvres et lorsque la perte de substance est latérale, on peut utiliser un lambeau tubulé à pédicule temporal dont l'extrémité libre, étalée, vient s'appliquer sur une doublure formée par le retournement de la bordure. On obture ainsi une partie de la bouche; il est relativement facile de fendre ultérieurement la joue pour redonner à la fente bucale une longueur suffisante.

Lorsque la lèvre supérieure et la lèvre inférieure, les parties molles du menton et le nez sont partiellement détruits, comme c'est le cas après certaines excrèses pour cancer, il devient difficile d'amener une surface tégumentaire d'une étendue suffisante. La lèvre inférieure et le menton seront reconstitués suivant le procédé de DUFOURMENTEL, par une greffe tubulée, bipédiculée de cuir chevelu, ou un vaste lambeau à un seul pédicule temporal. On peut être obligé de juxtaposer à ce transplant un autre transplant; ces greffes sur greffes sont possibles, grâce à la vitalité

du cuir chevelu. Le deuxième transplant sera, par exemple, un lambeau tubulé cervical ou dorsal.

C'est dans ces cas aussi, que l'on peut recourir à une très longue greffe, prélevée à la fois sur la peau du cou et sur le cuir chevelu. On taille un lambeau à deux pédicules dont l'un peut être sus-auriculaire, et l'autre, largement évasé, cervico-dorsal (observation 19).

On peut avoir enfin à reconstituer tout le massif maxillaire inférieur. M. DUFOURMENTEL a parfaitement mis au point la conduite à tenir en pareil cas. Il faut sérier les temps opératoires; Au cours d'une première intervention, on reconstituera le sac cutané, enveloppant l'arc mandibulaire; cette opération, capitale se décompose en 2 temps :

1^{er} temps : reconstitution du plancher de la bouche. De chaque côté de la brèche, et quelque soit son étendue, on taille aux dépens de la joue un lambeau triangulaire à pointe supérieure et à la base répondant au bord même de la perte de substance. Ces lambeaux se joignent l'un à l'autre au niveau du bord postérieur de la brèche qui est ainsi entièrement circonscrite. Ils sont l'un et l'autre disséqués et libérés suffisamment pour pouvoir pivoter autour de leur base, être complètement retournés et venir s'unir sur la ligne médiane. Ainsi, est reconstitué un plan cutané intra-buccal remplaçant le plancher de la bouche.

2^e temps : reconstitution du revêtement cutané. Il s'agit de recouvrir d'un seul coup ces deux lambeaux qui présentent extérieurement leur face cruentée et les deux larges plaies qui résultent de leur prélève-

ment. On peut avoir à recouvrir une surface allant d'une oreille à l'autre en passant sous le menton. Seul le lambeau bipédonculé de cuir chevelu donne satisfaction : son attache supérieure réalisera une attraction en haut, il n'y aura pas secondairement d'écoulement de salive hors de la bouche, la parole sera aisée. Par deux incisions parallèles d'une région temporale à l'autre, en passant sur le sommet du crâne on délimite un lambeau qui, dans la moyenne des cas, mesure 30 cm. de long sur 7 ou 8 cm. de large. L'hémorragie, toujours abondante pendant le tracé de ces incisions, nécessitera de nombreuses ligatures. On libérera par décollement toute l'étendue de cette bande cutanée à laquelle on fera enjamber toute la face, à la manière d'une jugulaire de casque pour venir l'appliquer sur la région du menton qu'elle recouvre. L'application sera exacte, l'affrontement sera maintenu par de nombreux points de suture. L'hémostase doit être rigoureuse. Il ne faut nullement, au cours de cette première intervention s'occuper de modeler la région.

Une deuxième séance opératoire permettra de remettre en place les pédicules et de pratiquer les cheiloplasties. Elle aura lieu quinze jours plus tard, sous anesthésie générale. On sectionne les pédicules, au ras de leur implantation à la joue et l'on remet à l'ancienne place les deux parties utilisées. Il peut être nécessaire, pour étaler ces parties du lambeau, de libérer des adhérences, qu'il a contractées avec lui-même en s'enroulant par suite de la torsion qui lui a été imposée. Les cheiloplasties seront effectuées sui-

vant un des trois procédés indiqués par MM. DUFOUR-
MENTEL et SÉBILEAU (Société de chirurgie de Paris, 16
mars 1920, p. 292).

Le quatrième temps est la reconstitution de l'arc
osseux au moyen d'une greffe ostéo-périostique. Le ré-
sultat esthétique, après les retouches nécessaires, est
satisfaisant : la bouche peut rester fermée; la salive
ne s'écoule pas de la bouche; l'exercice de la parole
redevient parfait; l'alimentation qui s'effectue norma-
lement pour les boissons, est gênée pour la mastica-
tion des aliments solides dès que la perte de substance
maxillaire dépasse 5 cm. environ, la pseudarthrose
étant alors difficilement évitable; la force des mouve-
ments mandibulaires est évidemment très diminuée.

OBSERVATIONS

Nous avons recueilli un certain nombre d'observations de greffes de cuir chevelu que nous devons, pour la plupart, à notre Maître, Monsieur le Docteur MOURE. Les comptes rendus des opérations pratiquées chez ces malades ou ces blessés sont longs et, malgré leur précision, difficilement intelligibles quant aux détails. Il n'est sans doute pas de chirurgie moins réglée, plus opportuniste, que la chirurgie réparatrice. Nous ne rapporterons donc pas le détail des interventions pratiquées. Nous avons précédemment indiqué la ligne générale de la conduite à tenir dans la restauration des pertes de substance avec une greffe de cuir chevelu; nous nous bornerons à indiquer d'une façon aussi précise qu'a pu nous le permettre l'étude des documents relatifs à chaque malade, l'état premier avant toute intervention, les principales étapes opératoires et le résultat définitif ou terminal. Nous ne dissimulons d'ailleurs pas que l'appréciation des résultats reste subjective, quelle que bonne foi que l'on apporte à juger la valeur pratique du traitement mis en œuvre. Nous verrons cependant que dans l'immense majorité des cas, la chirurgie réparatrice permet d'obtenir des améliorations considérables, mais qu'elle reste aléatoire, telle grande mutilation se prêtant à

une restauration presque parfaite, telle lésion plus minime en apparence étant la source de déboires imprévisibles.

OBSERVATION I.

Rhinoplastie (Docteur MOURE).

Etat du blessé (M. P., 48 ans) 12 avril 1930.

Destruction complète de l'aile droite du nez, perte de substance de la face droite de la pyramide nasale, séparée de l'orifice narinaire par un étroit pont de parties molles faisant communiquer avec l'extérieur la fosse nasale, occupant en hauteur le tiers moyen du nez, de forme ovalaire à grand axe vertical.

Du 17 mai 1930 au 24 octobre 1930 :

Taille d'une greffe tubulée du cuir chevelu, dont la partie médiane porte le tableau qui sera appliqué sur la perte de substance. Section des pédicules, reposition des parties inutilisées de ces pédicules. La greffe prend bien, l'étoffe est abondante, le nez n'est pas encore modelé.

Modelage de l'aile du nez. Retouches.

28 octobre 1930 :

Le résultat obtenu peut sans exagération être qualifié de parfait quant au profil du nez restauré. De face, on note une saillie un peu trop marquée du lobule et une légère asymétrie. Les cicatrices sont peu visibles.

OBSERVATION II.

Rhinoplastie (Docteurs MOURE et LOUSTE).

Etat du malade (M. H., 67 ans), 17 mars 1924.

Le malade a subi une large exérèse pour épithélioma spino-cellulaire. On se propose de combler une perte de substance occupant l'emplacement de la moitié inférieure du

nez (une partie de la sous-cloison a été respectée), les 2/3 de la narine gauche, le tiers de la narine droite. Le malade est traité suivant le procédé habituellement utilisé par M. MOURE. Le résultat est très satisfaisant : le nez est légèrement bosselé, les cicatrices ne sont guère apparentes du côté gauche; à droite, il existe une cicatrice verticale dans le prolongement du pli nasogénien, peu disgracieuse, le lobule du nez est parfait, les cicatrices sont un peu déprimées à la jonction du lobule et des ailes du nez, l'orifice narinaire gauche est légèrement irrégulier.

OBSERVATION III.

Rhinoplastie (Docteur MOURE).

Etat de la malade. (A. V. R., 26 ans) en 1926, avant tout traitement.

Destruction de toute la moitié inférieure du nez, rétraction de la lèvre supérieure sans ectropion, rétraction de la lèvre inférieure avec léger ectropion.

Rhinoplastie suivant la méthode habituelle de M. MOURE.

Des retouches ont été nécessaires pour modeler les ailes du nez, des rétractions cicatricielles secondaires ont compromis le résultat de cette intervention complémentaire, de nouvelles retouches ont été effectuées. Cependant, le nez reste camus et les saillies narinaires ne sont pas parfaites.

De nouveaux apports de cuir chevelu ont été effectués pour exhausser les lèvres supérieure et inférieure.

Le 23 août 1931 :

Le résultat peut être considéré comme définitif; avec le temps, les greffes se sont aplaties.

L'amélioration apportée à l'état de la malade est grande.

OBSERVATION IV.

Rhinoplastie (Docteur MOURE).

Etat du blessé (A. R. en Janvier 1932).

Mutilation du nez par morsure de chien : perte de substance comprenant le lobule, le tiers interne de la narine droite, le quart interne de la narine gauche, les 2/3 de la sous cloison, le quart inférieur de l'arête nasale.

Du 19 février au 3 mai 1932 :

Restauration par une greffe bipédiculée tubulée dont la partie moyenne est appliquée sur la perte de substance avivée. Une retouche a été nécessaire en raison de la proéminence de la sous-cloison restaurée.

3 mai 1932 :

Bons résultats, les cicatrices sont visibles.

OBSERVATION V.

Rhinoplastie (Docteur MOURE).

Etat du malade. (L. W..., 25 ans en Septembre 1932).

Gomme syphilitique du nez, ayant entraîné une destruction de l'aile droite du nez dans ses 2/3 postérieurs et d'une partie de la face droite de la pyramide nasale. La perte de substance est régulièrement ovalaire, allongée verticalement elle s'étend en hauteur sur le tiers inférieur du nez, atteignant en bas le sillon naso-génien. En avant, elle intéresse la moitié postérieure de la face droite de la pyramide nasale.

Réparation de Septembre à Novembre 1932 :

Restauration par une greffe tubulée du cuir chevelu à pédicule temporal droit.

Résultat satisfaisant.

OBSERVATION VI.

Rhinoplastie (Docteur MOURE).

Etat de l'accidentée (L. V..., 33 ans) en Septembre 1934 :
Destruction de la narine droite, accident provoqué par la navette d'un métier à tisser.

D'Octobre 1934 à Décembre 1934 :

Restauration à l'aide d'une greffe tubulée de cuir cheveu à pédicule temporal droit, résultat inesthétique en raison de l'excès d'étoffe intentionnellement apporté. La blessée juge le résultat esthétique suffisant jusqu'en 1936.

De Décembre 1936 à Juillet 1937 :

A cette époque, elle demande qu'on améliore son état et des retouches sont effectuées pour parfaire le modelage de l'aile du nez.

OBSERVATION VII.

Rhinoplastie (Docteur MOURE).

Etat de la malade (L. C..., 20 ans). Avant tout traitement.

Lupus mutilant de la face ayant détruit la moitié inférieure du nez, les narines, la sous-cloison et le lobule. Envahissement de la moitié gauche de la lèvre supérieure et de la joue gauche près de la commissure labiale.

De Décembre 1933 à Juillet 1934 :

Restauration du nez par le procédé de M. MOURE. Traitement inachevé. La greffe a parfaitement pris sur ces tissus malades.

OBSERVATION VIII.

Rhinoplastie (Docteur MOURE).

Etat de la malade (M. T., 52 ans) en Décembre 1931.

Destruction partielle du nez par lupus.

Janvier 1932 :

Début de restauration par le procédé de M. MOURE. La greffe prend bien, mais la malade refuse les interventions ultérieures nécessaires.

OBSERVATION IX.

Rhinoplastie et restauration de la joue.

Destruction partielle du nez par un lupus s'étendant également sur la joue droite. Début de restauration à l'aide de greffe tubulée de cuir chevelu. Le transplant prend bien, mais le traitement est inachevé.

OBSERVATION X.

Rhinoplastie (Professeur LENORMANT. Docteur MOURE).

Etat de la malade. Avant tout traitement 1924.

Destruction par lupus de la moitié inférieure du nez.

Restauration suivant le procédé de M. MOURE, 1925.

La greffe a bien pris, le nez restauré est épaté et camus, les ailes du nez manquent encore de soutien cartilagineux, les retouches seront faciles en raison de la qualité des tissus transplantés et de leur abondance. Traitement inachevé.

OBSERVATION XI.

Cheilo et rhinoplastie, réfection sourcillière (D^r MOURE).

Etat de l'accidenté en Février 1931 (P. M..., 38 ans). Brûlures de la face par l'huile bouillante. Le front, les joues, le menton, le nez particulièrement déformé, sont recouverts de tissu cicatriciel parcouru de brides. La lèvre inférieure est en ectropion, l'orifice narinaire gauche est attiré en haut, le blessé est défiguré par ces vastes chéloïdes.

4 mars 1931.

Greffe de peau libre totale prélevée sur la région deltoïdienne pour remédier à l'ectropion de la lèvre inférieure.

6 avril 1932.

Rhinoplastie à l'aide d'un lambeau bipédiculé de cuir chevelu. 19 avril 1932.

Épilation du lambeau, modelage du nez.

Du 24 mai 1932 au 16 septembre 1932 :

Réfection des sourcils par greffe du cuir chevelu.

Du 16 septembre 1932 au 25 août 1933 :

Modelage, adaptation et épilation de la plastie nasale.

OBSERVATION XII.

Rhinoplastie (Professeur LENORMANT, Docteur MOURE).

Etat de l'accidentée (M. D..., 24 ans) avant restauration.

Perte de substance de l'aile droite du nez à la suite de morsure. Perte de substance de l'aile droite du nez. L'orifice narinaire déformé, se prolonge à sa partie supérieure en une fente dont part une cicatrice qui remonte jusqu'à la partie moyenne du nez.

Interventions pratiquées :

Autoplastie par lambeau tubulé à pédicule temporal droit, prélevé partie sur le cuir chevelu, partie sur la peau glabre du front.

Résultats :

La greffe est saillante, limitée par une cicatrice déprimée, le résultat esthétique serait aisément amélioré par des retouches refusées par l'intéressé.

OBSERVATION XIII.

Rhinoplastie (Professeur LENORMANT, Docteur MOURE).

Etat de la malade (B. M., avant tout traitement) 46 ans.

Destruction de la face gauche du nez, perte de substance

triangulaire dont le sommet atteint la racine du nez, la base correspond à l'orifice narinaire, le bord interne atteint presque l'arête nasale, le bord externe prolonge le sillon naso-génien.

Autoplastie.

Autoplastie de cuir chevelu au moyen d'un lambeau tubulé à pédicule temporal gauche. Modelage, retouche et épilation.

Résultat définitif :

Satisfaisant, bien que la pointe du nez soit un peu déviée à droite et que l'aile soit encore insuffisamment modelée.

OBSERVATION XIV.

Rhinoplastie (Docteur MOURE).

Etat de la malade avant toute restauration (28 février 1935).

Destruction par lupus du 1/3 inférieur du nez; le lupus s'étend en outre, sur toute la partie cutanée de la lèvre supérieure.

D'Octobre 1935 à Juillet 1936 :

Rhinoplastie suivant le procédé de M. MOURE, la greffe prend bien, le traitement est inachevé.

OBSERVATION XV.

Rhinoplastie (Docteur MOURE).

Etat du blessé Août 1934 (H. P..., 24 ans).

Perte de substance de l'aile du nez gauche et du tiers inférieur de la face gauche de la pyramide nasale à la suite d'un accident de bicyclette.

Septembre à Décembre 1934 :

Restauration par greffe tubulée à pédicule temporal gauche.

Décembre 1934.

Résultat suffisant.

OBSERVATION XVI.

Plastie de la joue (Docteur MOURE).

Femme de 39 ans présentant une cicatrice étoilée de la joue droite, centrée sur la saillie de l'os malaire avec une branche horizontale dirigée vers l'aile du nez, une branche oblique vers l'angle interne de l'œil une branche externe ascendante; l'angle externe de l'œil est attiré en dehors et en bas.

Restauration par une greffe tubulée de cuir chevelu à pédicule temporal droit.

Résultat satisfaisant.

OBSERVATION XVII.

Cheiloplastie. (Docteur MOURE), 1928.

Femme de 27 ans présentant des cicatrices chéloïdiennes situées un peu en dehors de la commissure labiale gauche et au-dessous de la lèvre inférieure; la commissure labiale n'est pas déplacée, mais la partie moyenne de la lèvre inférieure est en ectropion prononcé.

Restauration par une greffe de cuir chevelu tubulée et bipédiculée. Inachevé.

OBSERVATION XVIII.

Chéiloplastie, rhinoplastie partielle et restauration de la joue (Docteur MOURE), 1934.

Femme de 45 ans ayant été opérée d'un cancer du maxillaire supérieur. Perte de substance étendue, destruction de la moitié droite de la lèvre supérieure, de l'aile droite du nez, de la sous-cloison, du quart antéro-inférieur de la joue droite. La perte de substance remonte jusqu'à la saillie de

l'os malaire. Il existe en outre une cicatrice sous-maxillaire profondément déprimée.

Restauration de la joue et du nez par une greffe tubulée du cuir chevelu à pédicule temporal droit. Restauration de la lèvre par une greffe tubulée du cuir chevelu à pédicule temporal gauche. Les extrémités de ces greffes juxtaposées se sont bien soudées l'une à l'autre. Inachevé.

OBSERVATION XIX.

Plastie des lèvres, du nez et de la joue
(Docteur MOURE, 1922).

Homme de 48 ans. Exérèse large d'un cancer développé sur un lupus; après cicatrisation de la plaie opératoire, il reste une vaste perte de substance : destruction du tiers droit de la lèvre supérieure, de la moitié gauche de la lèvre inférieure, des parties molles du menton, de la moitié antérieure de la joue droite. Les arcades dentaires sont largement découvertes, la paupière inférieure droite est en ectropion. 2 greffes pédiculées et tubulées ont été utilisées :

L'une à pédicule temporal, en forme de virgule, atteignant la ligne médiane en avant, ayant son bord postérieur sur la verticale passant par le tragus, son bord antérieur à 3 travers de doigts au-dessus du sourcil droit, a servi à recouvrir la partie supérieure de la perte de substance.

L'autre à 2 pédicules a servi à recouvrir la partie inférieure de la perte de substance, le pédicule supérieur de cette 2^e greffe était sus-auriculaire, le pédicule inférieur largement évasé dorsal. Ce pédicule fut sectionné, l'extrémité libre de la greffe fut utilisée pour la plastie.

La fusion des 2 lambeaux accolés formait un stade intermédiaire, une sorte de greffe à 3 pédicules : facial, cranien, dorsal.

Lorsque ces pédicules eurent été sectionnés, les téguments transplantés formaient une volumineuse saillie et le résultat, bien que laissant à désirer, était néanmoins remarquable si l'on songe à l'étendue de la perte de substance recouverte.

OBSERVATION XX.

Chéiloplastie (Docteur MOURE, 1926).

Homme de 20 ans opéré autrefois de bec de lièvre. Défectuosités nasales habituelles dans ces malformations, aplasie de la lèvre supérieure qui manque de hauteur, est en retrait sur la lèvre inférieure, est convexe de haut en bas.

Apport d'une bande de cuir chevelu au moyen d'une greffe tubulée et bipédiculée. Cette greffe donne une moustache très fournie et dont les poils sont bien orientés. Les défauts du nez sont moins apparents, ceux de la lèvre inférieure sont évidemment cachés; l'amélioration est très nette.

OBSERVATION XXI.

Chéiloplastie (Docteur MOURE, 1931).

Homme de 40 ans. Destruction de la moitié gauche de la lèvre supérieure, de l'aile gauche du nez; attraction en haut de la commissure labiale.

Plastie de cuir chevelu, greffe tubulée à pédicule temporal gauche. La greffe prend bien.

OBSERVATION XXII.

Plastie des lèvres et de la joue.

(Professeur LENORMANT, Docteur MOURE).

Femme de 39 ans ayant subi une exérèse large de cancer développé sur un lupus; exérèse suivie de curage ganglionnaire.

Après cicatrisation de la plaie opératoire, il reste une vaste perte de substance de la joue droite, remontant jusqu'à la saillie de l'os malaire et une destruction des 2 tiers droits de la lèvre supérieure, de la moitié droite et supérieure de la lèvre inférieure.

Autoplastie 1^{er} temps.

Taille d'un lambeau tubulé à 2 pédicules, formé de peau et de cuir chevelu, allant du moignon de l'épaule droite à la mastoïde droite.

2^e temps.

Section du pédicule thoracique et application de l'extrémité libre du lambeau sur la perte de substance avivée.

3^e temps.

Section du pédicule de la greffe, reposition de ce pédicule.

4^e temps.

Division de la greffe au niveau de la fente buccale.

Résultats.

Les téguments transplantés forment une volumineuse saillie arrondie, le résultat évidemment imparfait peut être tenu pour satisfaisant.

OBSERVATION XXIII.

Autoplastie des lèvres et de la joue (Docteur LEMAITRE).

Homme de 57 ans ayant subi une large exérèse d'un cancer de la joue.

Après cicatrisation de la plaie opératoire, il reste une perte de substance de la dimension d'une petite paume avec destruction du tiers gauche de la lèvre supérieure, de la moitié gauche de la lèvre inférieure, de la joue gauche jusqu'au sillon naso-génien; les arcades dentaires sont largement découvertes.

Autoplastie, 1^{er} temps.

Taille d'un lambeau de cuir chevelu à pédicule temporal gauche dépassant la ligne médiane, élargie à son extrémité libre et occupant d'avant en arrière, le quart antérieur du cuir chevelu.

Application du lambeau au bord de la perte de substance avivée.

2^e temps.

Section du pédicule et reposition de ce qui en reste.

Temps complémentaires.

Retouche, nivelage du greffon trop saillant.

Résultat imparfait mais satisfaisant.

OBSERVATION XXIV.

Chéiloplastie (Docteur DUFOURMENTEL).

Observations rapportées par M. PARANT (Thèse Paris, 1938).

André M..., né le 14 février 1929 présentait un angiome de la lèvre supérieure, traité par le radium à l'âge de 16 ans et ayant entraîné une nécrose lente, progressive de la lèvre.

En 1935, un premier essai de reconstitution par lambeaux bipédiculés, sous mentonnier est fait. On voit, en quelques mois, le lambeau s'éliminer, par radium nécrose secondaire, comme s'était précédemment éliminée la lèvre supérieure.

On attend 2 ans. L'élimination paraissant alors arrêtée depuis plusieurs mois, le 28 octobre 1937, on fait une reconstitution de la lèvre par lambeau bipédiculé temporal. Ce lambeau est fixé sur ce qui restait des lambeaux précédents préalablement retournés et présentant leur face cruentée à l'extérieur.

Après 20 jours (18 novembre) on sectionne les pédicules et on les remet à leur place primitive. Traitement inachevé.

OBSERVATION XXV.

Restauration du maxillaire inférieur.

(Docteur R. FINOCHIETTO et H. MARINO, 1933).

Homme de 19 ans blessé par un coup de fusil tiré à 5 mètres environ.

Destruction d'une grande partie du menton, du plancher de la bouche, d'une partie du maxillaire inférieur.

Plaie infectée. Intervention réparatrice (17 octobre 1933).

Mise en place d'un appareil de prothèse destiné à suppléer provisoirement à l'arc mandibulaire détruit.

22 novembre 1933, 18 décembre 1933, 29 décembre 1933.

Autoplastie suivant la méthode de M. DUFOURMENTEL.

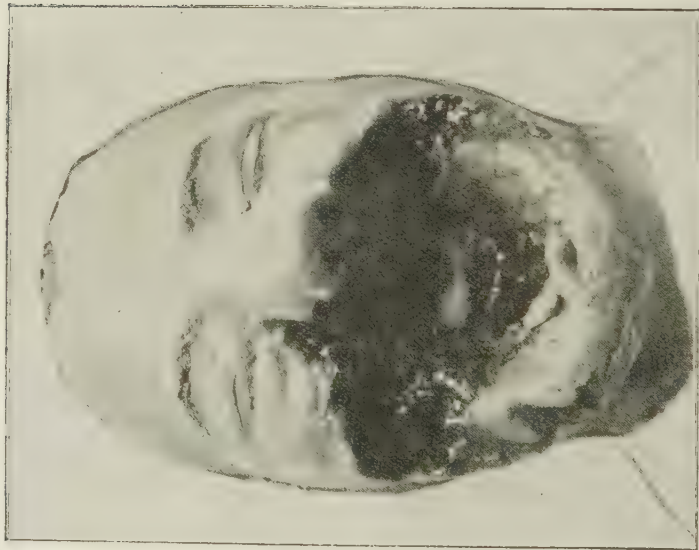
Résultat très satisfaisant.

OBSERVATIONS DE LEXER

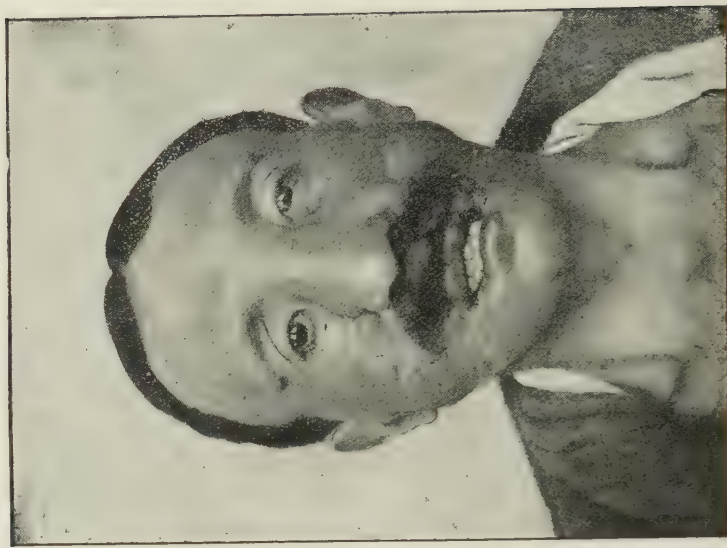
publiées en 1919 (Wieder Herstellung chirurgie).

Ces observations, au nombre de 25 se rapportent au traitement de plaies de guerre, de pertes de substance à la suite de blessures par armes à feu, et de cicatrices vicieuses par brûlure.

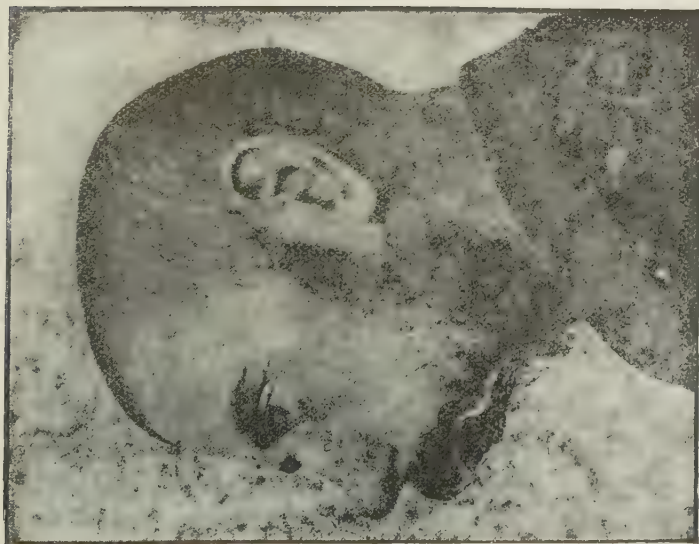
L'auteur a pratiqué toutes ses plasties au moyen de lambeaux de cuir chevelu, de très grande dimension, à un seul pédicule temporal.



Le blessé Th... Moulage de la plaie faciale.
(D^r DUFOURMENTEL).



Le blessé Th... après restauration chirurgicale.
La bouche entr'ouverte laisse voir le dentier.
(D^r DUFOURMENTEL).



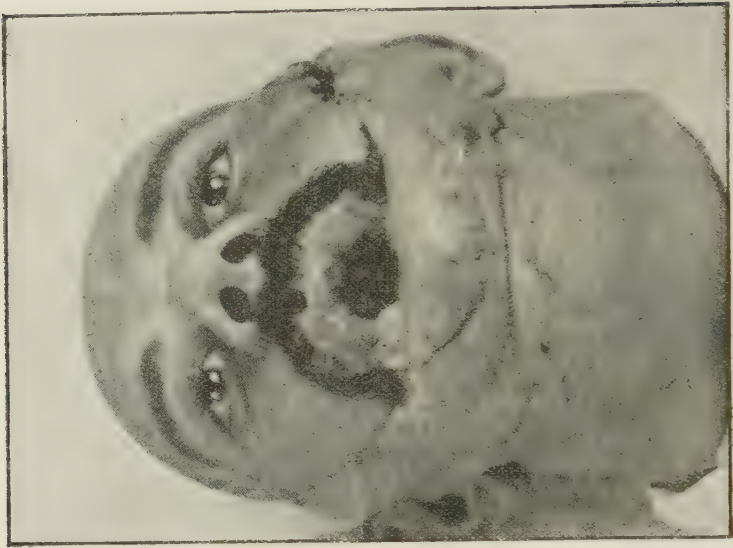
Amputation traumatique du maxillaire inférieur.
Aspect du blessé S... le 17-10-1918.

(D^r DUFOURMENTEL).

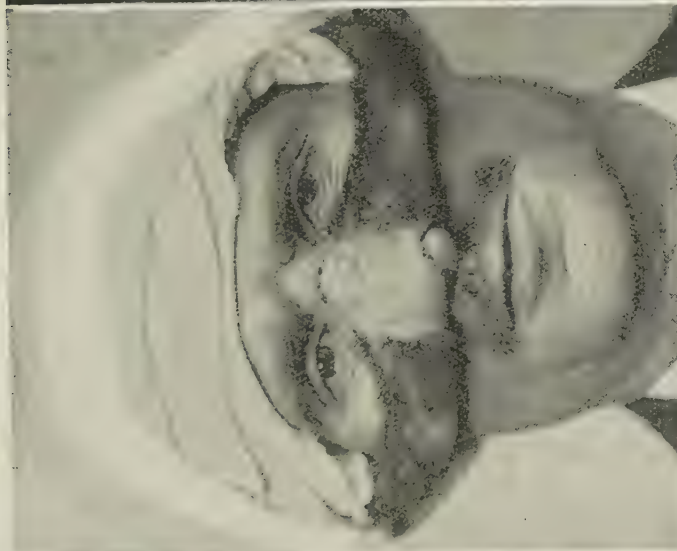
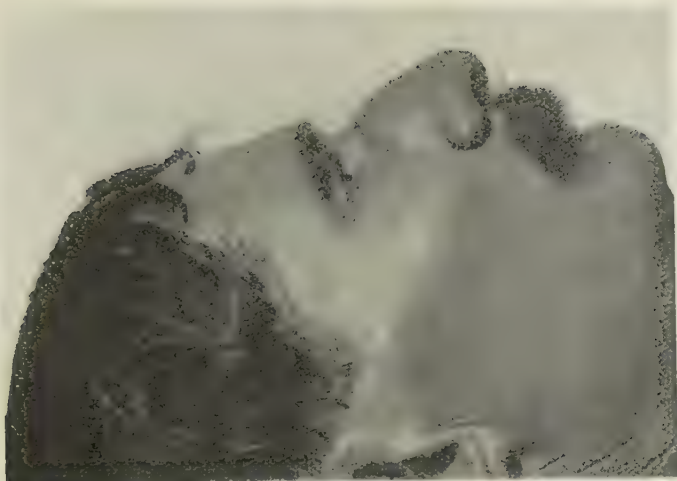


Le même blessé en Avril 1919 après la poussée de sa nouvelle barbe.
Etat définitif.

(D^r DUFOURMENTEL).



Temps intermédiaire d'une restauration du massif maxillaire inférieur (D^r DUFOURMENTEL).



Rhinoplastie partielle (D^r MOUREL).



Cheiloplastie (Dr. Moune).



Cheiloplastie (D^r MOURE).



Plastie de la joue (Dr MOURE).

CONCLUSIONS

1° Le cuir chevelu est un excellent matériel de greffe en raison de sa riche vascularisation et de sa vitalité.

2° Les greffes de cuir chevelu sont indiquées sur des tissus dont la nutrition est profondément troublée, par un lupus en particulier.

3° Le cuir chevelu, utilisé en chirurgie réparatrice pour remédier à des insuffisances pileuses, permet la restauration de la face après des mutilations étendues et graves d'origine traumatique, après de larges excrèses de tumeurs malignes.

On se servira d'un lambeau bipédiculé, suivant la technique de DUFOURMENTEL, de lambeaux tubulés à pédicule temporal, de lambeaux prélevés à la fois sur le cou et le cuir chevelu.

4° La rhinoplastie de cuir chevelu avec épilation chirurgicale, a procuré à son auteur, Monsieur le Docteur MOURE, de fort beaux résultats.

5° Par l'abondance et la vitalité de l'apport tégumentaire qu'il permet de réaliser, le cuir chevelu a donné de magnifiques possibilités à la chirurgie réparatrice de la face.

Vu : Le Président de la thèse.

GIRÉGOIRE.

Vu : Le Doyen,.

M. TIFFENEAU.

Vu et Permis d'Imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris.

G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- BURIAN (Francis). — La rhinoplastie au moyen d'un lambeau tubulé. *Presse médicale*, 26 septembre 1931, N° 77.
- CLAOUÉ. — A propos des lambeaux tubulés (Comptes rendus à la Société de Morphologie, N° 4, décembre 1936).
- DUFOURMENTEL. — Les déplacements tégumentaires par lambeaux à deux pédicules *Restauration maxillo-faciale*, 1918, p. 44.
- Reconstitution totale du massif maxillaire inférieur par greffes cutanées, muqueuses et osseuses. *Revue maxillo-faciale*, 1919, p. 141.
- DUFOURMENTEL et FRISON. — Diagnostic, traitement et expertise des séquelles des blessures et des accidents des régions maxillo-faciales, 1921.
- DUFOURMENTEL. — La reconstitution du massif maxillaire inférieur après destruction traumatique ou chirurgicale partielle ou totale. *Journal de Chirurgie*, Juin 1920.
- Les variétés typographiques des greffes libres *Revue de Chirurgie Structive*, Décembre 1937.
- ESSER (E.). — Contribution à l'étude des lambeaux tubulés. *Thèse Paris*, 1938.
- ESSER (J.-F.-S.). — Lambeaux à pédicule artériel. *Revue de Chirurgie plastique*, Janvier 1934.
- FINOCHIETTO (R.) et MARINO (H.). — Plastique du menton.
- LENORMANT et BROCCQ. — Précis de technique opératoire par les prosecteurs de la Faculté de Médecine de Paris. *Chirurgie de la tête et du cou. Masson*, 1931.
- JALKT (Camille). — Contribution à l'étude des traitements chirurgicaux des lupus tuberculeux. *Thèse Paris*, 1933.

- LENORMANT. — L'arrachement du cuir chevelu (scalp) et son traitement. *Journal de Chirurgie*, 1926.
- LEXER (E.). — Wieder herstellungschirurgie, 1919.
- MAUCLAIRE. — Les greffes chirurgicales.
- MOURE (E.). — Contribution à l'étude de la rhinoplastie. *Restauration maxillo-faciale*, 1917, p. 157.
- A propos des blessures de la face et du maxillaire inférieur. *Restauration maxillo-faciale*, 1918, p. 233.
- MOURE (P.). — Les autoplasties faciales par lambeaux de cuir chevelu à longs pédicules temporaux. *Presse Médicale*, 24 décembre 1921, N° 103.
- Lambeaux à pédicules tubulés en chirurgie réparatrice. *Bulletin et Mémoires de la Société Nationale de Chirurgie*, 1926, p. 736.
- Cheiloplastie par greffon de cuir chevelu. *Bulletin et Mémoires de la Société Nationale de Chirurgie*, 12 mai 1928, p. 665.
- Autoplasties faciales par lambeaux cutanés à longs pédicules tubulés. *Revue de laryngologie*, 1923, p. 661.
- Rhinoplastie. *Pratique Médico-Chirurgicale*.
- Chirurgie réparatrice et esthétique. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale Dermatologie*, 12.130
- Greffe libre de sourcils. *La Pratique Chirurgicale Illustrée*, fascicule XV, 1930.
- PARANT (M.). — Etude descriptive des autoplasties tégumentaires, en vue de leur application principalement aux pertes de substance du visage. *Thèse Paris*, 1938.
- PASSOT. — Chirurgie esthétique pure *Doin*, 1931.
- RABUT. — Alopecies traumatiques : différents types. *Presse Médicale*, Mars 1938.
- VINCENT. — Les greffes libres de la peau total. *Thèse Paris*, 1938.

. TABLE DES MATIERES

HISTORIQUE	9
GÉNÉRALITÉS	11
INDICATIONS DES GREFFES DE CUIR CHEVELU	16
Indications esthétiques	16
Indications réparatrices	16
TECHNIQUE OPÉRATOIRE	21
I. <i>Soins pré-opératoires; désinfection de la peau, anesthésie</i>	21
A) Préparation de la surface de réception	21
B) Préparation du cuir chevelu	22
C) Désinfection de la peau	22
D) Anesthésie	23
II. <i>Prélèvement et application des greffes de cuir chevelu</i>	25
A) Greffes de cuir chevelu en chirurgie esthétique	25
a) Traitement de la calvitie	26
b) Traitement des déficiences sourcillières.	27
B) Greffes de cuir chevelu en chirurgie réparatrice	31
a) Réparation des pertes de substance de la partie cutanée de la lèvre supérieure	36
b) Réparation des pertes de substance de la partie cutanée de la lèvre inférieure	39
c) Réparation des pertes de substance des joues	40
d) Réparation des pertes de substance des parties molles de la région mentonnière ..	42
e) Rhinoplastie de cuir chevelu	45
f) Cas complexes	50
OBSERVATIONS	54
CONCLUSIONS	75
BIBLIOGRAPHIE	77

